

**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIDAD DE POSGRADO**



**TESIS**

**“Vivencias del familiar con Paciente Hospitalizado en el  
Servicio de Emergencia - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga  
Asenjo. Chiclayo 2017”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
“ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y  
EMERGENCIA”**

**INVESTIGADORAS:**

**Lic. Enf. Mendoza Quiñones, Liliana Gissela**

**Lic. Enf. Saucedo Ordoñez, Ana Miriam**

**ASESORA:**

**Mg. Chanamé Carretero, María Lucia**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2018**

---

**Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla**  
**Presidenta**

---

**Mg. Doris Libertad País Lescano**  
**Secretaria**

---

**Mg. María Isabel Romero Sipión**  
**Vocal**

---

**Mg. María Lucia Chanamé Carretero**  
**Asesora**

## Acta de sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

#### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 1185-2018-UPG-FE Folio N° 145  
Licenciada: Mendoza Quinones Lilibana Gissela  
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las  
14:00 horas del día 17 de Agosto 2018, Los señores  
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 325-2017-D-FE  
PRESIDENTE: Dra. Ligenia Rosalia Santa Cruz Revilla  
SECRETARIO: Mg. Doris Libertad Ruiz Lescano  
VOCAL: Mg. Maria Isabel Romero Sipón  
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:  
" Atenciones del familiar con paciente hospitalizado en  
el Servicio de Emergencia Hospital Almodar Aguirre  
Asenjo. Chiclayo 2017 "  
patrocinada por el profesor (a) Mg. Maria Lucia Chanomé Carreras.  
Presentada por el (los) Licenciados (a) Lilibana Gissela Mendoza Quinones  
Ana Miriam Saucedo Ordóñez.  
Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: "Enfermería  
en Cuidados Críticos y Emergencia"  
Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,  
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,  
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el  
calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las  
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella  
intervinieron.

PRESIDENTE  
  
VOCAL

SECRETARIO  
  
PATROCINADOR

## Acta de sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDARP

#### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 198-2018-UP6-FE Folio N° 145  
Licenciada: Saucedo Ordóñez Ana Minam  
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las  
14:00 horas del día 17 de Agosto 2018 Los señores  
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 325-2017-D-FE  
PRESIDENTE: Mg. Elvira Rosales Santa Cruz Revilla.  
SECRETARIO: Mg. Luis Libertad Luis Lescano.  
VOCAL: Mg. María Isabel Romero Sepión.  
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:  
"Vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el  
Servicio de Emergencia Hospital Almonzor Aguinaga Acuña,  
Chiclayo 2017"  
patrocinada por el profesor (a) Mg. María Lucía Chacón Carretero  
Presentada por el (los) Licenciados (a)  
Ana Minam Saucedo Ordóñez  
Liliana Cissela Mendoza Guirónes.  
Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad:  
Enfermería en Cuidados Críticos y Emergencia.  
Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,  
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,  
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el  
calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las  
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella  
intervinieron.

  
PRESIDENTE  
  
VOCAL

  
SECRETARIO  
  
PATROCINADOR

## **Declaración jurada de Originalidad**

Yo, Mendoza Quiñones Liliana Gissela y Saucedo Ordoñez Ana Miriam, Investigadoras Principales, y Mg. Chanamé Carretero Lucia, Asesora del Trabajo de Investigación “Vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2017”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Agosto del 2018.

Nombre Investigadora: Lic. Enf. Liliana Gissela, Mendoza Quiñones

Nombre Investigadora: Lic. Enf. Ana Miriam Saucedo Ordoñez

Nombre Asesora: Mg. María Lucia Chanamé Carretero

## **Dedicatoria**

A mi hijo **César**, que es el impulsador de mi vida como testimonio de gratitud por su apoyo, incondicional en la consecución de mis estudios y superación profesional.

***Liliana***

A mis **padres**, que están junto a Dios y que desde allí sé que guían mis pasos.

A mi **esposo e hijos**, que son la inspiración para poder seguir avanzado en la vida y ser mejor persona y profesional.

***Miriam***

## **Agradecimiento**

A Dios nuestro Padre, por darnos vida,  
salud y brindarnos todo lo que tenemos a  
nuestro alrededor del cual podemos  
disfrutar.

A los familiares de los pacientes  
hospitalizados por su participación voluntaria y  
desinteresada a pesar de sus momentos de  
angustia y dolor.

A la jefa de enfermeras del servicio de  
Emergencia por su apoyo durante la  
recolección de datos.

Al jurado por su valiosa contribución en  
este trabajo de investigación.

De manera muy especial a nuestra  
querida asesora que con sus conocimientos y  
experiencia nos ha orientado en la  
realización de nuestra tesis.

***Las Autoras***

## Índice

<b>Acta de sustentación .....</b>	<b>iii</b>
<b>Declaración jurada de Originalidad .....</b>	<b>v</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>vi</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>vii</b>
<b>Índice .....</b>	<b>viii</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>x</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: Diseño Teórico .....</b>	<b>7</b>
1.1. Antecedentes .....	7
1.2. Bases Teóricas Conceptuales .....	8
1.3. Marco Contextual .....	22
<b>Capítulo II: Métodos y Materiales .....</b>	<b>25</b>
2.1. Tipo de Investigación .....	25
2.2. Diseño de la Investigación .....	25
2.3. Población y Muestra .....	30
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	31
2.5. Procesamiento y Análisis de Datos .....	32
2.6. Rigor Científico y Principios Éticos .....	34
<b>Capítulo III: Resultados y Discusión .....</b>	<b>41</b>
3.1. Presentación de los Resultados .....	41
3.2. Discusión .....	42
<b>Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>62</b>
4.1. Conclusiones .....	62
4.2. Recomendaciones .....	63
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>71</b>



## **Resumen**

Las vivencias de los familiares al separarse de uno de sus miembros del núcleo familiar debido a la hospitalización, desencadena una serie de sentimientos, emociones y reacciones, por ello se planteó la interrogante: ¿Cómo son las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia – Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo 2017?, tuvo como objetivo comprender las vivencias del familiar con paciente hospitalizado. La investigación fue cualitativa con enfoque estudio de caso, la muestra fueron 10 familiares entre 20 a 60 años, de ambos sexos, seleccionada por saturación. La técnica para recolectar la información fue la entrevista semi estructurada a profundidad., usándose como instrumento la guía de entrevista con una pregunta norteadora; teniéndose en cuenta los principios bioéticos y el rigor científico, los datos se procesaron con la técnica de análisis temático, dando como resultado tres grandes categorías: I. Expresando emociones durante la hospitalización de su familiar; II Expresando sentimientos frente a la hospitalización de su familiar y III Evidenciando reacciones frente a la hospitalización de su familiar. La discusión de los resultados, a la luz de la literatura existente y los antecedentes de estudio, permitieron obtener las siguientes consideraciones finales, Tener un familiar hospitalizado origina vivencias a los familiares exponiéndolos a diversos estados afectivos como emociones negativas: angustia, miedo, cólera, tristeza y emoción positiva como tranquilidad. También sentimiento negativo como impotencia por no poder hacer nada, Así mismo reacciones negativas como la negación al diagnóstico y positivas como la esperanza en Dios y agradecimiento al personal. Lo que evidencia que la enfermera debe desarrollar competencias en el área humanística, comunicación empática y trato humanizado e individualizado, en los momentos en que los pacientes y familiares demandan de los servicios de salud.

**Palabras clave: Vivencia, pacientes hospitalizados.**

## **Abstract**

The experiences of family members to separate from one of their members of the family due to hospitalization, triggers a series of feelings, emotions and reactions, so the question arose: How are the experiences of the family with a patient hospitalized in the Service of Emergency - Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo 2017?, aimed to understand the experiences of the relative with hospitalized patient. The research was qualitative with a case study approach. The sample consisted of 10 relatives between 20 and 60 years old, of both sexes, selected by saturation. The technique to collect the information was the semi-structured interview in depth, using as an instrument the interview guide with a leading question; Taking into account bioethical principles and scientific rigor, the data was processed with the thematic analysis technique, resulting in three major categories: I. Expressing emotions during the hospitalization of your relative; II Expressing feelings about the hospitalization of your family member and III Evidence of reactions to the hospitalization of your family member. The discussion of the results, in light of the existing literature and the background of the study, allowed us to obtain the following final considerations. Having a hospitalized relative causes experiences to the relatives, exposing them to various affective states such as negative emotions: anguish, fear, anger, Sadness and positive emotion as tranquility. Also negative feeling as impotence for not being able to do anything, Like negative reactions such as denial to diagnosis and positive as hope in God and gratitude to the staff. What proves that the nurse must develop competences in the humanistic area, empathic communication and humanized and individualized treatment, in the moments in which the patients and relatives demand of the health services.

**Keywords: Experience, hospitalized patients.**

## **Introducción**

Las vivencias de los familiares al separarse de uno de sus miembros del núcleo familiar, debido a la hospitalización, desencadena una serie de sentimientos, emociones y reacciones, las cuales se van intensificando en relación a la gravedad de la enfermedad, sienten amenaza de perder a su familiar, están preocupados de cómo va ser atendido.

La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa<sup>1</sup>.

La familia es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus integrantes, es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, dicho grupo está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis<sup>2</sup>.

El área de emergencia es uno de los servicios más crítico, que está encargada de proporcionar atención médica oportuna y eficiente a todas las personas cuyas vidas están en riesgo. Según Delgado K, la emergencia adultos es la más concurrida en todos los hospitales del Perú, como lo demuestran sus cifras de atención anuales<sup>3</sup>.

MINSA (Ministerio de salud) 2018, El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión informa que las principales causas de Morbilidad general del Servicio de Emergencia hasta Junio 2018 son las infecciones intestinales debida a otros organismos sin especificar, faringitis aguda no específicas, asma no específico, infecciones de vías urinarias, traumatismo intracraneal no especificado. hipertensión arterial primaria, hiperglicemia no especifica, abdomen agudo etc<sup>4</sup>.

A nivel nacional, la población con derecho a atención por la Seguridad Social (EsSalud) el año 2015 fue de 10 686 786 personas, casi un tercio de la población nacional. El hospital

Rebagliati, con el servicio de emergencia más grande del país, tiene asignados en Lima 1 827 164 asegurados y con res puesta de referencia a nivel nacional de 3 930 000 asegurados<sup>5</sup>.

Esta misma realidad también se da en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo ESSALUD de la Ciudad de Chiclayo, al servicio de emergencia llegan mensualmente en promedio 4891 pacientes, de los cuales 1350 llegan a emergencia pediátrica, 1441 pacientes a emergencia gineco-obstétrica, 2100 pacientes a emergencia adulto de los cuales 179 pasan a la unidad de trauma shock. El servicio de emergencia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo es un servicio muy congestionado por pacientes que ingresan con diferentes diagnósticos de salud, algunos peligrando su vida<sup>6</sup>.

Así mismo pacientes que son referidos de distintos puntos de la macro región norte como de la ciudad misma. Por su parte, los familiares se enfrentan a una situación difícil, a menudo nueva, en la que predomina el estrés, la confusión, la preocupación la incertidumbre, el desamparo, el enfado, la culpa, el temor (primero a la muerte y al sufrimiento del paciente y después, pasado el peligro final, a las posibles secuelas o pérdidas secundarias) y que provoca un completo desajuste en la rutina diaria.

Las principales causas de atención en el servicio de emergencia son por síndrome doloroso abdominal, fracturas, cuerpo extraño, traumatismos craneoencefálicos, sepsis, hemorragia digestiva alta, insuficiencia renal crónica terminal, policontuso, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, derrame pleural, obstrucción intestinal, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria aguda, bronconeumonías etc<sup>6</sup>.

Por estas causas los pacientes llegan a los servicios de emergencia en estado crítico, muchas veces está en riesgo su vida; la enfermera debe actuar con asistencia preventiva, ayudando a la familia hacer frente al estrés a fin de restablecer el equilibrio familiar.

Debido a la inestabilidad en la salud de las personas afectadas, la enfermera centra su atención en el cuidado de la persona, dejando de lado a la familia que está pasando por una crisis situacional; al interactuar la enfermera con el familiar a veces se expresa : “esperen al médico”, “estoy ocupada”, “tenemos muchos pacientes”, “no puedo darle información”, expresiones que muchas veces el familiar no comprende ; y si a todo ello le agregamos que la enfermera tiene una cantidad elevada de pacientes que atender; se hace más complicada la interacción. La problemática señalada hizo formular la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo son las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia – Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo 2017?

Por lo tanto, el objeto de investigación queda constituido por las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia.

Teniendo como objetivo comprender las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia- Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo 2017.

Esta investigación permite conocer las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia ya que es fundamental para su relación con el equipo de salud, en especial con el de enfermería. El rol de enfermería está orientado a satisfacer en forma integral las necesidades del ser humano, cuida holísticamente a la persona en sus diferentes dimensiones biopsicosocial y espiritual.

En nuestro diario quehacer observamos que no nos preocupamos por el familiar, cuidamos al enfermo y descuidamos al familiar que permanece casi las 24 horas del día, mal vestido, mal dormido, mal alimentado y preocupado de la salud de su ser querido, pasando desapercibido su propia salud.

La enfermera como profesional de salud debe estar preparada para afrontar esta difícil situación y saber manejar el estado físico y mental de las personas, así se hace conocedora de las vivencias de los familiares con pacientes que ingresan al servicio de emergencia y enteradas como podrían brindar cuidado humano adaptado a las necesidades identificadas en la familia.

Es necesario que los profesionales de enfermería comprendan las situaciones por las que atraviesa el familiar, y aborden la experiencia de esta vivencia, describiéndola de forma exhaustiva con el fin de elaborar estrategias que permitan promover el bienestar, ya que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto, siendo una de las principales funciones proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud.

El conocer sobre las vivencias del familiar permitió al equipo de salud y en especial a los profesionales de enfermería, reconocer cuál es el impacto de la enfermedad en la familia con paciente que ingresa al servicio de emergencia.

Así mismo, esta investigación permitirá conocer a las autoridades del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, la necesidad de incrementar el número de enfermeras en este servicio, que permita brindar un cuidado integral, enfocado no solo en la persona cuidada, sino, también en su familia.

Los resultados serán utilizados como antecedentes para investigaciones futuras, y como material bibliográfico de consulta para la formación de enfermeros en pre y post grado.

El presente estudio de investigación está estructurado de la siguiente manera:

En el **CAPÍTULO I** Diseño Teórico, se presenta antecedentes de la investigación, bases teóricas conceptuales y el marco contextual.

En el **CAPÍTULO II** Métodos y Materiales, se describe el tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, así como también las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, los criterios de rigor científico y los principios éticos que se tuvieron en cuenta durante toda la investigación.

En el **CAPÍTULO III** se presenta los Resultados y la Discusión, donde se analizan temáticamente las unidades de significado de los discursos de las investigados originando categorías y subcategorías, las cuales son analizadas e interpretadas.

En el **CAPÍTULO IV** las Conclusiones y las Recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**



## **Capítulo I: Diseño Teórico**

### **1.1. Antecedentes**

A Nivel internacional se encontró la siguiente investigación:

Moreira L, Mourat, De Sena M, Soares E, Affio J<sup>7</sup>. Realizaron una investigación sobre “Internación en una unidad de emergencia hospitalaria: Vivencia 2010” Brazil. Tuvo como objetivo describir la vivencia de familiares de pacientes atendidos en una unidad de emergencia acerca de la colaboración de éstos en las actividades prestadas y de las dificultades vivenciadas. Los resultados apuntan déficit de aprendizaje y desinformaciones acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados prestados al paciente.

A nivel Local se encontró las siguientes investigaciones:

Jaramillo P, Villena M, y Tirado A<sup>8</sup>; en su investigación sobre “Vivencias de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Essalud Chiclayo 2011” Tuvo como objetivo identificar y analizar las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock. Se realizó con familiares de primer grado de consanguinidad de pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Essalud. Los resultados obtenidos fueron: Se obtuvo como categorías en un primer momento “Experimentando sentimientos ante la hospitalización de un ser querido”, posteriormente “Afrontando la crisis” y tercero “cambios en la vida cotidiana”.

Las consideraciones finales fueron que: La hospitalización de un familiar en una unidad de cuidados críticos, origina sentimientos de desesperación, impotencia, dolor emocional, cambios en la vida diaria e inestabilidad económica y que con el transcurrir

del tiempo aparecen vivencias positivas y la esperanza en Dios resignación. El sistema de apoyo familiar, social y de grupo de trabajo es indispensable para superar esta crisis situacional.

Bermuy M, Uriarte S<sup>9</sup>, realizaron una investigación sobre el “Nivel de Incertidumbre del familiar frente a la enfermedad. Unidad de Shock Trauma – Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014” tuvo como objetivo determinar el nivel de incertidumbre en el familiar, con el fin de contribuir a la reflexión profesional de las enfermeras, comprender las diferentes situaciones que el familiar enfrenta y el grado de incertidumbre que afrontan durante este período. Las consideraciones finales fueron: que comprender el tratamiento y el cuidado brindado por el personal de salud, ayude a disminuir los niveles de incertidumbre, que en un principio pudieron haber estado elevados. Los niveles de incertidumbre tienden a aumentar cuando se desconoce el ambiente en el que se encuentre su familia, ya sea por la novedad y/o complejidad de este.

## **1.2. Bases Teóricas Conceptuales**

Según Díaz R. las vivencias son fenómenos “interiores” de los seres vivientes; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta.

Las vivencias permiten a los seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo.

Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres, estas vivencias se consideran “entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias “entidades objetivas”, si bien inmanentes a estos seres vivientes.

Estas vivencias se denominan “fenómenos psicológicos” porque se distinguen de manera nítida de los procesos vitales (como la nutrición, el crecimiento, la regeneración, la reproducción) que caracterizan a los seres meramente vivientes, así como de los estados vitales que determinan pasivamente la vida de éstos (como el decaimiento o la vitalidad), fenómenos ambos que son de naturaleza más bien “biológica”.

Tanto los procesos vitales como los estados vitales son fenómenos “objetivos” de la vida, razón por la cual no están vinculados a ninguna conciencia y transcurren, por ello, de forma “anónima” en los seres meramente vivientes. En cambio las vivencias, son fenómenos subjetivos y hacen referencia al estado consciente de la vida; más aún, revelan esta conciencia de la vida.

#### Clasificación de las vivencias humanas

La clasificación más general que puede hacerse de las vivencias humanas se fundamenta en un dato por completo evidente de éstas que recibe el nombre de intencionalidad. “Intencionalidad” quiere decir, en el presente contexto, relación significativa del hombre con un objeto.

#### Clase de vivencias

#### Vivencias intencionales y Vivencias no intencionales

- Vivencias intencionales

En el interior del hombre tienen lugar tanto vivencias intencionales como vivencias no intencionales según establezca éste “relaciones significativas” con los objetos de la realidad que le rodean o no sea así.

Las vivencias “intencionales” se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas – conscientes, inteligentes y espirituales – que éste establece con los objetos de la realidad. Se trata de vivencias que de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente “importante” de los objetos de la realidad, esto, es, de ciertos “valores”, como la verdad, el bien o la belleza. Ejemplos claros de vivencias “intencionales” – aunque no los únicos, ciertamente – son los “sentimientos” del hombre, como la alegría o la tristeza, que son vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la “consciencia” que se tiene de ciertos hechos reales. Por su parte, un accidente ocurrido a algún familiar, la pérdida irremediable de un objeto valioso, no haber podido superar el grado académico correspondiente, la muerte trágica de un ser querido, hacen surgir en el interior del hombre la tristeza.

- Las vivencias no intencionales

No surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son “causadas”, “provocada”, “ocasionadas” psíquicamente en él”:

- En primer lugar, por las distintas relaciones físicas que tienen un lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alternancia de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre (como el ruido, la polución o los estímulos visuales).

- En segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como: el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas), etc. Son ejemplos claros de vivencias “no-intencionales” así también los llamados “apetitos” o “tendencias” que experimenta en su ser el hombre ( como la sed , el hambre , el impulso sexual , sueño ) pero , sobre todo , los llamados “estados anímicos” , tanto los que tienen su fundamento ontológico en el cuerpo del hombre ( como el cansancio , el vigor , el bienestar , el malestar , la irritabilidad , el placer o el dolor) , como los que tienen una naturaleza estrictamente psíquica ( como estar de buenas o estar de malas , el embotamiento o la lucidez mental , la euforia o la melancolía) <sup>10</sup>

Para Husserl E. las vivencias, es considerada como una “experiencia vivida”, es decir solo la persona que lo vive puede expresarlo tal y como sucedió, porque los evoca desde su esencia afectiva, sentimental o emotiva, es algo subjetivo, interior que cursa a nivel personal y en que el protagonista es el individuo que recibe esa mudanza interna, dejándole una huella interna por aquel impacto ocasionado en nuestra vida, y la cual será siempre recordada <sup>11</sup>.

### Las emociones

Según Vallejo las emociones son “afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (externa o interna) o representación y tienen abundante correlación somática, suelen ser poco duraderos. El miedo, la cólera y la angustia son ejemplos de emociones. Las manifestaciones fisiológicas son variadas: reacciones vasomotoras (rubicundez facial, palidez), intestinales (diarrea), secretoras (sudoración ,lagrimeo),

renales (poliuria ), musculares lisas ( espasmos) Circulatorias ( taquicardia ,cambios en la presión arterial ) y respiratorias (taquipnea ,disnea ),descenso de la resistencia eléctrica de la piel ( reflejo psico galvánico ),etc<sup>12</sup>.

Las emociones pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance.

#### Elementos de las emociones

La mayoría de las definiciones de emoción distingue cuatro elementos:

- La situación estímulo que provoca una reacción
- Se produce una experiencia consciente con un tono positivo y negativo, de la emoción que sentimos
- Se genera un estado de activación fisiológica en el organismo a partir del sistema neuroendocrino, lo que significa que las emociones tienen un sustrato físico.
- Se produce una conducta que acompaña por lo general a las emociones: alegría, miedo, etc.

Los adultos, a partir del aprendizaje social, aprenden a modular la expresión de sus emociones. Sin embargo, las emociones se producen en forma independiente de la voluntad y que alguien desarrolle destrezas para ocultarlas sólo explica una capacidad de ocultamiento, pero de ninguna manera niega el hecho de la emoción misma, que siempre se experimenta como un fenómeno interno<sup>13</sup>.

El miedo es una emoción negativa que se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre, el cual da como respuesta la ansiedad, incertidumbre inseguridad y esta conlleva a protección.

El temor o miedo es un mecanismo de alarma y protección imprescindible del ser humano, es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los seres vivos, de igual manera el temor está relacionado con la ansiedad que le puede generar tanto factores internos como externos. Desde el punto de vista psicológico, el temor es un estado afectivo, emocional, necesario para la correcta adaptación del organismo al miedo, que provoca angustia y ansiedad en la persona, ya que la persona puede sentir temor sin que aparezca existir un motivo claro<sup>14</sup>.

La tristeza está asociada a dolor, Este dolor puede derivarse, de un acontecimiento penoso para el sujeto (en este caso es temporal y tiene causa conocida) o ser el resultado de factores afectivos desconocidos, pudiendo derivar hacia estados neuróticos, psicóticos o hacia depresiones clínicas<sup>15</sup>.

### Los sentimientos

Son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc.

Entonces, pueden definirse básicamente como la expresión mental de las emociones lo que incluye la idea de darse cuenta de las emociones que se experimenta. En nuestro

contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, si no que es producto de una situación progresiva que deja su huella. No siempre es positivo, bien puede ser negativo, siendo el más preocupante, ya que puede hacer aparecer ciertos trastornos en el individuo llamados negativos, que dificultan una relación <sup>13</sup>.

## Familia

Al ser la familia la institución social más cercana al individuo, a la cual está ligado por fuertes lazos afectivos y sociales, así como por estrechos intereses de necesidad e incluso, de supervivencia, para cualquier humano una crisis personal repercute en su familia y una crisis de la familia pasa a ser, probablemente, una crisis personal.

Se entiende por familia el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social.

Es un sistema de inter satisfacción mutua de necesidades humanas, materiales y espirituales, que permiten la reproducción biológica de la especie, la reproducción de la cultura de la cual ella misma es expresión y la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive, para convivir adaptativamente en la cual debe preparar a sus miembros.

Las situaciones que ha de afrontar la familia que , por su índole o intensidad la ponen en crisis, es decir, la obligan a introducir algún cambio en su funcionamiento para superarlas o adaptarse constructivamente a ellas , son consideradas situaciones críticas



las vivencias de tipo perceptual y emocional, los criterios , actitudes y comportamientos que asume la familia para enfrentarlas , los recursos biológicos , psíquicos y sociales que se involucran o movilizan en aras de su solución , junto a las eventuales conductas sintomáticas que hacen patente la necesidad de asumir cambios en su funcionamiento , constituyen los elementos de la crisis familiar.

La presencia de un alto nivel de tensión emocional en la interacción es lo más característico de esta crisis, las cuales pueden ser de tres tipos:

1. Crisis relacionadas con el ciclo vital de la familia.
2. Crisis propia de la familia pero no relacionadas con el ciclo vital.
3. Crisis situacionales por problemas externos a la familia, pero que inciden sobre ella<sup>16</sup>

Según Kozier define a la familia como la unidad básica de la sociedad. Se ha producido un resurgir del interés sobre la unidad familiar y su impacto en la salud, los valores y la productividad de cada uno de los miembros de la familia.

En la profesión de enfermería, este interés en la familia como unidad viene expresado por la aparición de la enfermería centrada en la familia: la enfermera considera la salud de la familia como una unidad, además de la salud individual de los miembros de la misma.

La familia que experimenta una crisis en salud la enfermedad de un miembro de la familia es una crisis que afecta a todo el sistema familiar. Los papeles y responsabilidad previamente asumidos de la familia o esas funciones pueden dejarse sin hacer el tiempo que dure la enfermedad. La familia experimenta ansiedad por que los miembros están preocupados por la persona enferma y por la curación de la enfermedad. Esta ansiedad

se complica por responsabilidades adicionales cuando existe menos tiempo o motivación para completar tareas normales del quehacer diario.

La capacidad de la familia para enfrentarse con el estrés de la enfermedad depende de la capacidad que tengan los miembros de la familia para afrontar las dificultades. Las enfermeras comprometidas en el cuidado centrado en la familia involucran tanto al individuo enfermo con la familia en el proceso de enfermería <sup>17</sup>.

El paciente puede utilizar el apoyo de su familia para afrontar una enfermedad grave con una familia que le apoya sabe que sus miembros comparten un pasado y esperan un futuro con ellos. Le aman como persona y miembro de la familia. Saben también que los miembros de su familia conocen aspectos del que están fuera del alcance del personal de salud. Con ellos, el paciente es consciente que su experiencia se comprende de verdad aunque se hable poco de ello. Es posible que los miembros de la familia también tomen parte en el cuidado personal del paciente y atiendan problemas prácticos de los que éste no pueda hacerse cargo, por ejemplo administrar los asuntos económicos <sup>18</sup>.

Es indiscutible el hecho que los hospitales están llenos de familiares junto a los enfermos. El familiar y enfermo se necesitan mutuamente. La familia es un sistema de apoyo para el paciente, es la unidad básica de la sociedad. La familia está junto al paciente el tiempo que permanece en el hospital, está implicada en el cuidado y pronta recuperación de la salud del paciente. La familia conoce al paciente, ya que en la mayoría de los casos vive o ha vivido con él. Por todo esto, el familiar es una ayuda muy valiosa a tener en cuenta dentro del hospital y sobretodo en el servicio de emergencia.

## Teoría Jean Watson

Para Watson, el cuidado para la enfermería es su razón moral, un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente, le otorga al cuidado una dimensión espiritual, una abierta evocación de amor a esta acción.

El profesional de enfermería, en su interrelación con el paciente y la familia, debe ayudarlos a adoptar conductas de búsqueda de la salud, para ello debe tomar en cuenta los factores del cuidado y aplicarlos no solo al paciente si tuviera las condiciones de escucharla, sino también a la familia. Por ello para la presente investigación se tomó en cuenta los siguientes factores.

Instilación de fe y esperanza, en donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación.

Cuando se enferma un miembro de la familia y lo llevan de emergencia, necesita de la presencia de la enfermera para que le infunda fe, esperanza y confianza, necesita creer que por su familiar van hacer todo lo posible para que salga del estado como ingreso y la mejoría que pudiera tener, sin embargo muchas veces no ocurre porque la enfermera se centra en el cuidado biológico para la curación de la persona enferma olvidándose de los familiares.

Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, y las propias prácticas espirituales y transpersonales. La psicología humanista y transpersonal considera que la relación que

se establece con el paciente es clave para lograr resultados en salud incluso más que los métodos tradicionales. La comunicación entre la enfermera/o y la persona cuidada debe ser auténtica, un encuentro persona a persona.

Si bien es cierto que la comunicación con la persona es necesaria, pero dada la situación como ingresa al servicio de emergencia, se hace necesario que la enfermera tenga relación y comunicación con los familiares, esta comunicación debe ser asertiva y empática para dar apoyo al familiar.

Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza. Para que los cuidados sean auténticos es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una

confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, objeto al que se puede manipular y tratar.

Para que la familia perciba que la enfermera está brindando los cuidados a su familiar es necesario que desarrolle una confianza mutua con el familiar. La enfermera debe ver al familiar como ser humano que necesita ser comprendido en su dolor y angustia que está atravesando por tener un familiar en la emergencia.

Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos. Este punto se deriva del tercero: cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. El auto-conocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La autora de esta teoría reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera debe estar preparada para los

sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación, y ser capaz de establecer la diferencia.

La enfermera que trabaja la emergencia debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, del familiar, debe comprender el estado emocional y las reacciones que se derivan de la situación misma por la que están atravesando los familiares y ser capaz de establecer la diferencia y aceptación de su comportamiento.

Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al ambiente no físico, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales.

La enfermera debe procurar siempre que el ambiente que rodea a la persona cuidada y a los familiares debe ser percibido como un ambiente de apoyo para ello es importante explicar al familiar del paciente los procedimientos que se le van a realizar son necesarios, porque le va permitir tener informados a los familiares y las vivencias que tenga del cuidado de la enfermera no van a ser negativas, al contrario le van infundir confianza en que le están brindando un buen cuidado.

Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas. Satisfacer las necesidades básicas dándole sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo.

La enfermera no solo debe informar al familiar sobre el cuidado de la satisfacción de las necesidades básicas de su familiar, sino que debe reforzar en el familiar su, mente y espíritu, para ayudarles a infundir confianza y puedan colaborar en el cuidado que se le brinda a su familiar.<sup>19</sup>

La teoría de Watson en la investigación ayudo a asumir cambios personales que favorezcan la salud, ofreciendo apoyo emocional a la familia en cada situación, ayudando a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, instruyendo métodos de resolución de problemas y relevar la capacidad de esfuerzo ante situaciones vulnerables del familiar.

#### Unidad de Emergencia

Los servicios de emergencia hoy son de primera importancia en el enfoque de gestión en salud. La necesidad de una atención oportuna, el recibir en dicha atención rápidamente elementos diagnósticos y terapéuticos, ha sido uno de los determinantes por los que el uso de Emergencia se incrementa de manera importante. A su vez estos servicios se han ido adaptando a esta creciente demanda, encontrando diversos mecanismos de atención médica, como formación de unidades funcionales y empleo de tecnología de avanzada. Esto ha producido un creciente problema que se repite a nivel mundial, denominado hacinamiento de los servicios de Emergencia. Ello, aunado al uso inadecuado de las Emergencias en la seguridad social y especialmente en los hospitales nacionales de referencia, se refleja al determinar un incremento constante en la demanda de atención en el servicio de emergencia. Existen escasas publicaciones que revelen la realidad de la demanda de los servicios de emergencia en el país <sup>5</sup>.

En esta unidad se ofrecen servicios de alta complejidad, a pacientes que presentan enfermedades que comprometen sus funciones vitales. Es aquel ambiente dependiente

de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud hasta las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños que es todo compromiso del estado de salud en grado diverso.

Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad: Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema, Prioridad II Urgencia Mayor, Prioridad III Urgencia Menor y Prioridad IV Patología Aguda Común; en la cual en la prioridad I la enfermera enfatiza más el cuidado al paciente <sup>21</sup>.

Las enfermedades más frecuentes que se presentan en los adultos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, son las siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares: son trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca <sup>22</sup>.
- Enfermedades pulmonares: son cualquier problema en los pulmones que impide que éstos trabajen apropiadamente. Existen tres tipos principales de enfermedad pulmonar (neumopatía): enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades del tejido pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar. Así mismo con mayor prevalencia la insuficiencia respiratoria, que es la deficiencia del intercambio de gases debida a la función deficiente de uno o más de los componentes esenciales del aparato respiratorio. Insuficiencia respiratoria aguda, un hecho catastrófico y repentino origina la disfunción respiratoria, que puede ser letal<sup>23</sup>.

- Urgencias traumatológicas: Un poli traumatizado o traumatizado grave es un herido que presenta diversas lesiones, de los que al menos una es potencialmente grave. Los traumatismos se dan en diferentes partes del cuerpo. Los traumatismo cráneo encefálicos es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Las lesiones traumáticas de los miembros son muy frecuentes y variadas también, así tenemos las fracturas que se define como la rotura o la pérdida de solución de continuidad de la sustancia ósea<sup>24</sup>.
- Enfermedades digestivas: son trastornos del aparato digestivo, que algunas veces se denominan tracto gastrointestinal: siendo la más frecuente la hemorragia Digestiva. que es la extravasación de sangre hacia cualquier sitio del tracto gastrointestinal <sup>25</sup>.
- Proceso infeccioso: es el término que se emplea para identificar un síndrome febril de origen presumiblemente infeccioso, de varios días de duración, en la que no existe un foco infeccioso identificable. Se presenta con mayor frecuencia de la sangre circulante inducido por sepsis. La afección se produce como consecuencia de una invasión de microorganismos patógenos o de sus subproductos tóxicos <sup>25</sup>.

### **1.3. Marco Contextual**

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, está ubicado en la calle Hipólito Unanue, frente a la plaza de la seguridad social, de la ciudad de Chiclayo, departamento de Lambayeque.

Es una institución de salud del nivel de atención IV, por su alta tecnología y diversas especialidades, con personal calificado, los cuales al realizar un trabajo multidisciplinario buscan brindar un óptimo cuidado a la población lambayecana.



Siendo un hospital de referencia, brinda atención a pacientes asegurados de la Macro Región Norte del País (Tumbes, Piura, Ancash, La Libertad, Cajamarca, Amazonas, San Martín y Lambayeque).

El servicio de emergencia está conformado por una área de atención al paciente adulto y otra de atención al paciente pediátrico y ginecoobstetricia. El área de emergencia pediátrica cuenta con 6 cunas y 3 camillas y el de Ginecoobstetricia cuenta con 5 camas.

En el área de atención de Emergencia al Paciente Adulto, el cual será escenario de nuestra investigación, cuenta con una área de admisión, triaje, oficinas administrativas, tópicos ( I , II ) , observación varones con 9 camas , observación mujeres con 9 camas , observación III ( ambos sexos ) con 9 camas , Shock Trauma con 5 camas.

El servicio de emergencia cuenta con 45 enfermeras especializadas, 45 técnicas de enfermería y personal médico en sus diferentes especialidades, brindando atención inmediata y oportuna las 24 horas del día. En el turno mañana trabajan 11 enfermeras incluyendo la enfermera jefe del servicio, en la tarde 10 enfermeras y en la noche 8 enfermeras quienes brindan cuidado de emergencia a los pacientes.

## **CAPÍTULO II**

## **Capítulo II: Métodos y Materiales**

### **2.1. Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo cualitativa, porque describe e interpreta las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia. Las investigaciones cualitativas son naturalistas, tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza <sup>26</sup>.

De acuerdo a estas características las investigadoras interactuaron con los familiares de un modo natural, tratando de comprender sus vivencias, realizando una descripción detallada de situaciones, eventos, comportamientos que son observables, citas textuales.

### **2.2. Diseño de la Investigación**

Para la investigación se utilizó un abordaje de Estudio de Caso, que es un método de investigación que implica un análisis completo y profundo de un individuo, grupo, institución o unidad social <sup>27</sup>.

Se abordó las vivencias con enfoque de estudio de caso que es la manera más útil de investigar fenómenos de este tipo en forma rigurosa en donde la principal ventaja es el estudio a profundidad, que se logra en un número reducido de individuos, que representan los sujetos de investigación, en este caso el familiar del paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, lo que permitió estudiar los aspectos subjetivos de la persona; el estudio de caso es único y está bien delimitado.

Nisbet y Watt, citado por Polit, caracterizan el desarrollo del Estudio de Caso en tres fases:

**La fase exploratoria o abierta**, el propósito de esta fase es permitir al investigador familiarizarse e interiorizarse con parte de los conocimientos existentes con respecto al objeto de investigación: Vivencias del familiar con paciente hospitalizado servicio de emergencia

Según Store Citado por Polit, se refiere al primer momento que se comenzó con un plan muy incipiente que fue definiéndose más claramente en la medida en que se desarrolló el estudio. Agrega que pueden existir inicialmente algunos puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación analizada. Se les pregunto ¿Qué vivencias experimento usted cuando lo hospitalizaron a su familiar en el servicio de emergencia?, interrogante que ayudo a identificar ¿cuáles son las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo?

**Delimitación del estudio.** Las investigadoras procedieron a recolectar información de familiares con pacientes que ingresaron durante las últimas 6 horas, al servicio de emergencia y que tuvieran la disposición de participar de la investigación.

Se consideró como instrumento la entrevista semi estructurada abierta a profundidad de acuerdo a las exigencias del objeto de investigación. Se recolectaron los datos considerando la técnica de saturación que consistió en entrevistar hasta que los discursos de los familiares se tornaron repetitivos y se consideró que no hay ningún dato que contribuya a identificar las vivencias.

La selección de aspectos más relevantes es importante para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

**Análisis temático y la elaboración del informe**, en esta fase surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes<sup>27</sup>.

Una vez recolectada la información, se procedió a transcribir los discursos obtenidos de las entrevistas, leerlos y releerlos, ordenarlos, agruparlos y comprenderlos. La segmentación de los discursos o descontextualización, previa codificación de cada uno, identificación de las unidades de significado y su agrupación en subcategorías y categorías. Apoyados en el marco teórico se procedió a analizar temáticamente los resultados.

Por último, se redactó el informe de investigación, haciendo uso de un lenguaje claro, sencillo, coherente y entendible para el lector y posteriormente se elaboró las consideraciones finales y recomendaciones, basadas en los resultados obtenidos del estudio.

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta los principios de estudio de caso según Ludke y André, los cuales señalan:

**Se dirigen al descubrimiento**, a pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, se procuró mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio. El marco teórico inicial sirvió de estructura básica, a partir del cual fueron detectados nuevos aspectos, elementos o dimensiones de las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia, para ser sumado en la medida en que el estudio avanza.

Esta característica se fundamenta en el supuesto de que el conocimiento no es algo acabado, sino que es una construcción que se hace y se rehace constantemente, se inició desde un marco teórico incipiente y progresivamente se fue construyendo el caso, en la medida que se analizó y discutió los discursos de los implicados en la investigación, así como las observaciones realizadas por las investigadoras.

**La interpretación en el contexto**, para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en cuenta el contexto en el que se sitúa la problemática. Por eso, para comprender mejor la manifestación general de un problema, acciones, percepciones, comportamientos e interacciones de las personas deben estar relacionadas con la situación específica donde ocurrió la problemática determinada a la que están ligados. Con la finalidad de profundizar en el estudio sobre vivencias del familiar con paciente hospitalizado, la investigación se realizó en el servicio de emergencia del HNAAA, donde se desarrollaron los hechos, los aspectos del contexto fueron tomados en cuenta mediante la observación, los cuales se incorporaron al análisis para una mejor comprensión de los resultados.

**Busca retratar la realidad en forma compleja y profunda:** El investigador procura revelar la multiplicidad de las dimensiones presentes en una determinada situación u problema, enfocándolo como un todo, Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Se investigó a profundidad las vivencias del familiar con paciente que ingresa al servicio de emergencia.

**Usan una variedad de fuentes de información**, las investigadoras recurrieron a una variedad de fuentes de información, investigaciones con una variedad de informantes sobre la temática; pero no fueron sólo artículos, libros, revistas etc, de

diversos autores, si no que fueron informaciones reales y valiosas procedentes de la entrevista realizada al sujeto de investigación.

**Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales:** El investigador relata sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales.

A través de este principio se narró las vivencias del familiar con paciente hospitalizado, en el servicio de emergencia las cuales fueron descritas de manera precisa, de modo, que pueden ser reconocidas como semejantes en otros escenarios con realidades similares.

**Procuran representar los diferentes a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social,** cuando el objeto o situación estudiada suscita opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. De este modo se deja a los usuarios del estudio sacar conclusiones sobre esos aspectos contradictorios. La suposición que fundamenta esta orientación es la realidad que puede ser vista sobre diferentes perspectivas, no habiendo una única que sea la más verdadera. Así son dados varios elementos para que el lector pueda llegar a sus propias conclusiones y decisiones, evidentemente de las conclusiones del propio investigador.

Durante los discursos se encontraron divergencias que difieren del análisis de las entrevistas, sin embargo, pese ello se tomó en cuenta todos los discursos referentes al estudio, para ser analizadas y contrastadas con la realidad y obtener una conclusión.

**Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otras relatorías de investigación,** La transmisión debe ser directa y clara y en un estilo que se aproxime a la experiencia personal del lector. Los datos del estudio de caso, pueden ser presentados en una variedad de formas que van desde diseños, fotografías, redacción formal, narrativa<sup>28</sup>.

Este principio ayudó a que las investigadoras describan de una manera clara y precisa, así como también describa las vivencias que tienen los familiares según el contexto en que se encuentran.

### **2.3. Población y Muestra**

La población estuvo conformada por los familiares con pacientes adultos hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, setiembre 2017”. Un aproximado mensual de 2100 pacientes.

La muestra se determinó por saturación, consistiendo en que se limitó el número de participantes cuando los discursos fueron repetitivos causando saturación de la muestra. En esta investigación la muestra se saturó en 10 familiares.

Se consideró como criterios de Inclusión:

- Familiar con lazos de consanguinidad de primer grado de parentesco: padres, hermanos, esposa (o), hijos de la persona hospitalizada en el servicio de emergencia.
- Familiar con paciente que hayan ingresado durante las últimas 6 horas al servicio de emergencia.



- Familiares que deseen participar voluntariamente.
- Familiares adultos entre 20 y 60 años de edad y ambos sexos.

Criterios de Exclusión:

- Familiares con dificultad para comunicarse.
- Familiares que se encuentren agresivos.
- Familiares con paciente psiquiátrico.

Las características de los informantes fueron: La edad mínima 29 años, la máxima 60 años, siendo el promedio 49 años; cabe resaltar que el rango considerado fue de 20-60 años de edad. Con respecto al parentesco la mayoría fueron hijas (4) y madres (4), padre (1) y esposo (1). En el grado de instrucción 7 tienen instrucción secundaria completa y 3 superior. Con respecto a la procedencia la mayoría son referidos: (Piura 1, Cajamarca 1, Bagua 2, Sullana 1); 5 familiares proceden de la Región Lambayeque.

#### **2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Se utilizó, la entrevista semi estructurada, siendo una técnica en la cual el entrevistador sugiere al entrevistado temas, para que sea estimulado expresando su pensamiento de forma libre, conversacional y poco formal, sin tener en cuenta lo correcto del material escogido. El estilo más apropiado para la aplicación de este tipo de entrevista es utilizar la empatía con el sujeto, evitar todo juicio de valor y colocar al sujeto en una situación que el mismo descubra las motivaciones subyacentes a sus hábitos de conducta<sup>27</sup>.

Para la aplicación de la prueba piloto, se realizó entrevistas con cuatro familiares del servicio de emergencia de otro hospital de similares características. Para la aplicación del instrumento se coordinó con la enfermera jefa del servicio de emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con la finalidad de facilitar el contacto con el familiar de paciente hospitalizado en dicho servicio.

En la aplicación, de la entrevista semi estructurada a profundidad al familiar se empleó entre 25 a 30 minutos, iniciándose con el previo consentimiento informado (Anexo 1), luego se ejecutó la entrevista previamente elaborada (Anexo 2), empleando un ambiente privado, tranquilo y libre de interrupciones, buscando establecer un clima de seguridad, donde se obtuvo respuestas espontáneas y sin contenciones a la pregunta considerada en la entrevista y las que fueron surgiendo posteriormente, dichas respuestas se registraron con ayuda de una grabadora, previa consulta al entrevistado y se culminó agradeciendo su participación.

La muestra se delimitó por saturación, aplicando la entrevista al familiar con paciente que ingreso al servicio de emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

## **2.5. Procesamiento y Análisis de Datos**

El análisis de los datos consiste en la interpretación, para luego organizarlo y en un esquema explicativo teórico. Previo al análisis el investigador necesita familiarizarse con ellos; debe realizar la lectura y relectura de la información<sup>27</sup>.

En base a la información recopilada con ayuda del instrumento de recolección de datos establecido para la investigación, el análisis de la información de la investigación, se realizó a través del análisis temático.

El análisis temático, permitió a las investigadoras realizar la desintegración de la información en unidades de significado, luego se reagruparon con características similares, para proceder a categorizar siguiendo así el criterio de analogía, obteniéndose de esta manera 3 categorías, las mismas que fueron confrontadas con la base teórica.

El análisis temático de los datos cualitativos consta de tres etapas: el pre – análisis, codificación y la categorización <sup>29</sup>.

**Pre análisis:** Es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis temático.

Una vez recopilado los datos obtenidos a través de la entrevista semi estructurada a profundidad, se comprobó que las grabaciones tengan una buena calidad y hayan sido claras, y completas para fines de la investigación, luego se transcribió el contenido de estas grabaciones, teniendo en cuenta siempre que los contenidos sean los acertados y conforme al objeto de investigación.

Se asignó a cada una de las entrevistas un signo del Zodiaco manteniéndolos así en el anonimato y a la vez se mantuvo los principios éticos durante la investigación.

**Codificación:** En esta etapa el investigador realiza una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos.

En esta etapa se realizó una lectura y re lectura de las entrevistas para ir resaltando los datos que fueron de utilidad para las investigadoras, estableciéndose los

discursos y unidades significativas. Se procedió a unir los discursos relevantes, copiándolos a un documento nuevo, indicando claramente cada entrevista, uniendo cada texto seleccionado en frases coherentes.

Por último, se realizó un análisis de contenido de los discursos seleccionados, comparándolos con el marco teórico en relación con el objetivo del tema. Se comenzó con simples anotaciones de reflexiones, para finalmente redactar una evaluación fundamentada en lo empírico comparativo. A partir de aquí surgió categorías que aglutino las subcategorías y facilitaron la interpretación en torno al objetivo planteado.

**Categorización:** Se refiere a la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización en un análisis temático es semántico, es decir, se agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado.

La organización y clasificación de los contenidos permitió a las investigadoras conocer y comprender las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Considerando a su vez, la agrupación de estos contenidos en relación a la similitud de sus significados.

## **2.6. Rigor Científico y Principios Éticos**

El rigor científico de la presente investigación estuvo basado en los siguientes principios <sup>27</sup>.

**Credibilidad,** es el criterio para evaluar la calidad de datos cualitativos que se refiere a la confianza en la validez de los mismos. La credibilidad de un estudio

implica dos aspectos: realizar la investigación de forma tal que se incremente la verosimilitud de los resultados y, tomar medidas necesarias para demostrarla.

Para garantizar la credibilidad del presente trabajo, se realizó las transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio y se discutió entre las investigadoras en comparación con las interpretaciones de otras investigadoras.

Además este criterio se logró cuando las investigadoras a través de entrevista a profundidad con el familiar en estudio, recolectaron información para la producción de hallazgos como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan, sienten o cómo reaccionan ante la situación vivida.

**Confirmabilidad (validez externa)**, se refiere a la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información, que se logra cuando otros investigadores pueden seguir “la pista” y llegar a hallazgos similares. Bajo este criterio los resultados de la investigación garantizan la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes.

La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. La información es clara y precisa de los resultados del presente trabajo, así como las vías utilizadas para lograrlo, con la finalidad que los resultados de la investigación sean dados por los participantes sin perjuicios de los investigadores, dejamos garantizado en tal sentido la fiabilidad externa.

Para lograr la objetividad se requiere que el instrumento de recolección de datos refleje los objetivos del estudio, que el investigador realice transcripciones textuales de las entrevistas, y que la escritura de los resultados se contraste con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes. Así mismo, se recomienda que se tenga en cuenta la revisión de los hallazgos por parte de otros investigadores.

En la investigación las vías utilizadas para lograr que los resultados sean precisos fue a través de la transcripción fiel de discursos y descripción de las características de los informantes obtenida de la grabación de entrevistas, poniéndolas a disposición de los investigados para su ratificación o rectificación, además dichos resultados pueden ser trasladados y ajustados a otros contextos concretos.

**Confidencialidad**, se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un Seudónimo a los entrevistados.

Además, es importante que los investigadores se planteen la cuestión ética de si puede ser que los informantes deseen ser reconocidos e identificados, o los centros donde se han realizado los estudios deben ser mencionados o no, y cuándo se debe dar reconocimiento a ciertas fuentes de información.

En la presente investigación se brindó la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación asegurando en todo momento el anonimato lo cual garantizo tener datos con mayor profundidad y veracidad, y que la información de los discursos emitidos por el familiar en estudio no fue ni será aplicado para fines distintos del objetivo de la investigación.

**Confiabilidad**, se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que se puede afirmar la verdad o certeza de una cosa, que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación.

En la presente investigación, no se adultero la información de las personas que proporcionaron aportes para enriquecer la investigación, la información verdadera permitirá que otros investigadores tengan la posibilidad de emplear los mismos métodos. Además, el instrumento fue validado con una prueba piloto con familiares que estuvieron en emergencia pero de otra institución similar

**Autenticidad**, el trabajo de investigación es original y único en su área y línea de investigación.

### **Principios Éticos:**

El Informe Belmont postulo tres principios éticos en la investigación <sup>27</sup>.

#### **Principio de Beneficencia:**

Es un principio ético en donde se busca hacer el bien y evitar el daño en contra del sujeto o para la sociedad, tomando las precauciones necesarias para proteger a las personas que se estudian, procurando su bienestar.

En la presente investigación sobre vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia se les informó a los participantes sobre las entrevistas realizadas, asegurándoles que toda la información que proporcionen

no será utilizada en su contra, solo será utilizada como medio de investigación, siendo el único beneficio obtener resultados, los cuales fueron utilizados de manera estricta para fines de ésta. Además, se conservó el anonimato.

### **Principio de Respeto a la Dignidad Humana.**

Comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. El consentimiento informado es el procedimiento que garantiza el respeto de las personas cuando participan como sujetos de la investigación.

Dentro de este principio ético corresponde al investigador comprobar que el sujeto comprende realmente la información y garantiza que acceda a participar libremente, sin coerciones de ningún tipo y sin presiones ni influencias indebidas. En la presente investigación se otorgó pleno uso de la libertad y voluntad al familiar, tratándolos como entes autónomos ya que ellos eligieron voluntariamente si deseaban o no participar en la investigación.

Desde el primer contacto con ellos se explicó y dio a conocer de qué se trata la investigación y se respetó el hecho de formar parte o no de la misma, asumiendo la responsabilidad, de ser partícipe de esta investigación y elección con la firma del consentimiento informado, en donde se informó detalladamente a los participantes la naturaleza del estudio, el objetivo del proyecto, las consecuencias prácticas para el sujeto, los riesgos previsibles y las responsabilidades del investigador, así como la oportunidad de preguntar cualquier cosa referente a la investigación y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma.



**Principio de Justicia:**

Es el derecho a un trato justo y a la primacía: La justicia implica que las personas deben ser tratados como seres iguales con los mismos derechos, deberes y con imparcialidad. Se consideró este criterio durante la selección del familiar para el estudio, no se discrimino sexo, raza, condición económica tratando en todo momento durante la entrevista de ejercer un trato acorde con cada persona.

## **CAPÍTULO III**

## **Capítulo III: Resultados y Discusión**

### **3.1. Presentación de los Resultados**

Las categorías y subcategorías obtenidas como producto del análisis del contenido de los discursos, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, son las que a continuación se detallan:

#### **I. EXPRESANDO EMOCIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR**

- 1.1. Angustia por demora en la atención.
- 1.2. Miedo por lo que le pueda suceder a su familiar.
- 1.3. Cólera por no recibir información oportuna.
- 1.4. Sienten tristeza por familiar con pronóstico incierto.
- 1.5. Sienten tranquilidad al ver recuperación de su familiar.

#### **II. EXPRESANDO SENTIMIENTOS FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR**

- 2.1. Sienten impotencia por no poder hacer nada.

#### **III. EVIDENCIANDO REACCIONES, FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR.**

- 3.1. Negando el Diagnóstico.
- 3.2. Esperanza en Dios.
- 3.3. Agradeciendo al personal.

### 3.2. Discusión

Cuando el familiar ingresa a su paciente por el servicio de emergencia es porque considera que tiene un riesgo inminente de vida, tanto real como potencial, y por lo tanto espera ser atendido en forma inmediata por personal seleccionado y capacitado para su manejo. En este contexto, las personas experimentan una serie de vivencias que es necesario que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, deben conocer para poder ofrecer un cuidado de calidad.

Los sentimientos, emociones y reacciones como elementos constituyentes de las vivencias suelen ser muy personales para los individuos que los experimenta, aun cuando se viva la misma situación.

Las vivencias de los familiares, surgen desde el momento que reciben la noticia de que su paciente va a ser hospitalizado en el servicio de emergencia, al no recibir la atención oportuna, ni la información necesaria. En ellos se dan una serie de emociones, sentimientos y reacciones generando miedo, angustia, temor, cólera, impotencia, etc.

Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican. Con cada vivencia, el ser humano registra una cierta información que le servirá, en el futuro, a enfrentar situaciones semejantes. De este modo, las vivencias constituyen un aprendizaje.

En el ámbito de la psicología, se entiende que las vivencias son aquellas experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada sujeto reacciona de diferente manera ante un suceso externo: de acuerdo a su capacidad de reacción estos sucesos se constituyen, o no, como vivencias <sup>30</sup>.

Según Díaz R <sup>10</sup>, las vivencias son fenómenos “interiores” de los seres vivos; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran "hacia dentro" de la misma vida y nomás bien “hacia afuera” de ésta.

Esta situación se corrobora en el siguiente estudio realizado al familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2017; los cuales manifestaron sus vivencias y que a partir de sus relatos permitió construir las subcategorías de las cuales emergieron las categorías que a continuación se presentan:

## **I. EXPRESANDO EMOCIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR.**

La emoción es la variación profunda pero efímera del ánimo, la cual puede ser agradable o penosa y presentarse junto a cierta conmoción somática. Las emociones están entendidas como fenómenos de raíz psicofisiológica y, según los expertos, reflejan formas eficaces de adaptación a diversos cambios ambientales. En el aspecto psicológico, las emociones generan sobresaltos en el índice de atención y aumentan el rango de diversas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo que las experimenta.

En cuanto a la fisiología, las emociones permiten ordenar las respuestas de diversas estructuras biológicas, incluyendo las expresiones faciales, la voz, los músculos y el sistema endocrino, con el objetivo de definir un medio interno adecuado para el comportamiento más óptimo <sup>31</sup>.

Las emociones como angustia, miedo, cólera, y tristeza se presentan a menudo en las personas que ingresan a un familiar a un servicio de emergencia, es por las características que posee esta unidad.

En este contexto, los familiares al verse alejados de su familiar, al realizársele procedimientos invasivos para los cuales muchas veces no se les pide permiso o no se les informa de manera adecuada y oportuna, se sienten que pierden derechos y se sienten desamparados al no contar con personas que les informen adecuadamente sobre cómo va su salud, los procedimientos a que serán sometidos su familiar.

Las emociones que surge en los familiares de estudio se da a partir de las situaciones causales que conforman las 5 subcategorías de análisis: Angustia porque su familiar no recibe atención, Miedo por lo que le pueda suceder a su familiar, Cólera por no recibir información oportuna, sienten tristeza por familiar con pronóstico incierto y sienten tranquilidad al ver recuperación de su familiar.

Ante esto se presentan las siguientes subcategorías:

### **1.1. Angustia por demora en la atención**

Los familiares experimentan vivencias diferentes ante una misma situación estresante, muchas de ellas manifiestan desesperación preocupación, angustia como una manera de salir del problema. Algunos estaban con la voz entrecortada, otros se frotaban las manos, titubeaban al hablar. Esta angustia se acentuaba ya que la mayoría provenía de otros departamentos y el tener que afrontar su estadía.

Situaciones que se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“Mi madre ingresó mal, con la pierna bastante hinchada y con dolor, yo estaba muy angustiada porque mi madre es diabética y se puede complicar”. Acuario*

*“Sentí angustia, que no sabía qué hacer, tuve que esperar a mi padre porque lo traían de Bagua”. Leo*

*“No tengo con quien hablar, me pongo a caminar, de un lugar a otro y pregunto a los médicos, no me informan todavía nada, quiero saber cómo va a ser, siento angustia, salgo afuera”. Aries*

La angustia es la congoja o aflicción. Se trata de un estado afectivo que implica un cierto malestar psicológico, acompañado por cambios en el organismo (como temblores, taquicardia, sudoración excesiva o falta de aire)<sup>32</sup>.

De acuerdo a cada discurso vemos que la angustia que sienten los familiares fue porque temen que se pueda complicar la enfermedad de su paciente, desconocimiento de cómo actuar ante un problema de salud crítico, y falta de información.

Estos resultados se relacionan con los obtenidos en el estudio realizado por Chero J, Tello C, quienes encontraron que el familiar vive en angustia, por el paciente enfrente la muerte. Emoción que también es encontrado en las vivencias por los familiares debido a la escasa información que reciben por parte del personal de enfermería <sup>33</sup>.

Jean Watson, afirma que es una parte inherente al cuidado el establecer una relación de ayuda y de confianza. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana, es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional son bastante diferentes. Esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo<sup>19</sup>.

Ante todo esto el enfermero debe tener en cuenta los requerimientos de la familia, que al no tener información se angustia por la salud del familiar hospitalizado.

## **1.2. Miedo por lo que le pueda suceder a su familiar**

La familia al tener uno de sus miembros que ingresa a la emergencia cursa una situación que involucra procesos fisiológicos diversos y al mismo tiempo deriva en cambios en el estado psicológico de las familias, observando en ellas emociones de negación, temor, miedo, ansiedad y se formulan muchas preguntas sobre el resultado y pronóstico de salud.

Durante la entrevista se observó que mientras uno de los familiares daba su manifestación sobre su experiencia de miedo por la enfermedad de su familiar se escuchaba su voz temblorosa, así también otro familiar se le observó con los ojos llorosos.

Los estudios han demostrado que entre los miembros familiares la experiencia de cuidar generalmente está asociada a la figura de la mujer en la familia <sup>34</sup>. El sexo femenino es considerado como débil por lo tanto es más propenso a sentir esta emoción de miedo.

La posición del ánimo del familiar es de miedo al riesgo de perder a su paciente, lo cual se evidencia en los siguientes discursos.

*“..., siento miedo, porque mi hijo puede morir por eso es que yo ruego al personal que avance, no puedo contener mis lágrimas cada vez que me acerco a mi hijo.”.*

***Tauro***



*“Tengo miedo por lo que pudiera suceder, es mi padre y está en una edad muy avanzada, nunca ha querido venir al hospital, pero ahora está muy mal que creo que puede morir”.* **Capricornio**

*“Mi madre es diabética señorita y esa pierna parece reventar y no hay que hora la atiendan y eso me da miedo. Que le puedan cortar su pierna”.* **Acuario**

*“No sé, pero yo sé que es cáncer y un cáncer es difícil de curar, hay tratamiento, pero, yo siento mucho miedo, no voy a estar tranquila hasta que el oncólogo lo vea y me informe”.* **Cáncer**

En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes. La continua tensión emocional por este motivo no permite que la familia funcione de manera natural.

El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva del rechazo natural al riesgo o a la amenaza.

Desde el punto de vista neurológico es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos, y esencialmente consiste en la activación de la amígdala cerebral, situada en el lóbulo temporal<sup>14</sup>.

El familiar siente miedo porque puede morir su familiar frente a este miedo es necesario que la enfermera recurra a su fe y esperanza del familiar, tal como refiere

Watson en uno de sus factores, sostiene que es necesario ayudar en la fe y esperanza, cuando el familiar tiene a su familiar en emergencia, en donde los cuidados se

transforman en una presencia auténtica de la enfermera, que promueve y sostiene el sistema profundo de creencias, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza que el familiar sustenta para la curación de su familiar<sup>19</sup>.

Esto significa que los familiares necesitan de la presencia de la enfermera para que les ayude a vencer sus miedos y temores frente a la emergencia de su familiar y les infunda fe, esperanza y confianza, necesita creer que por su familiar van hacer todo lo posible para que salga del estado como ingreso y la mejoría que pudiera tener.

### **1.3. Cólera por no recibir información oportuna.**

El familiar que generalmente ingresa por primera vez a emergencia a su familiar, desconoce el ambiente y por ende las normas hospitalarias, así como el horario de visitas, el mismo que a veces no es dado a conocer y no se le explica oportuna y claramente. La persona que ingresa a su familiar por emergencia necesita que se le informe el estado de salud de su familiar.

El familiar se considera como el soporte en la estabilidad emocional y recuperación física de su paciente, sobre todo si este se encuentra en un hospital donde muchas veces es dependiente de los demás para satisfacer sus necesidades físicas.

A los familiares entrevistados se les observó mirada seria, tono de voz alto, ojos llorosos, ritmo de voz rápida. Lo antes señalado, no siempre se está teniendo en cuenta en el hospital, escenario de la presente investigación, situación que se evidencia en los siguientes discursos:

*“Los médicos y las enfermeras no me dan informe, me dicen que venga el oncólogo y que se va a hospitalizar, y que le pregunte a él sobre mi hijo. Eso me da cólera”.*

**Aries**

*“Algunas enfermeras dicen, sabe que señora, yo no sé nada, no tengo nada que ver, eso lo ve el médico; son pocas las que nos explican algo; ya ni siquiera puedes preguntar. Siento cólera, solo pido que sean más humanos”. **Piscis***

Morrison, refiere que la cólera es una emoción normal ante amenaza, frustraciones y acontecimientos dolorosos, puede manifestarse de muchas formas como: comportamientos agresivos o bien proyectarse hacia el interior de uno mismo y transformándola en irritación <sup>35</sup>.

Para Jhonson, la cólera es una emoción que a menudo surge cuando las expectativas de un individuo no se cumplen que puedan estar relacionados a uno mismo, o a un acontecimiento vital. La cólera también puede ser una emoción positiva ya que puede motivar a los individuos a organizar y contribuir a establecer un cambio constructivo cuando fuera beneficioso o cuando prevalece la injusticia <sup>36</sup>.

Por los discursos manifestados y observaciones realizadas los familiares manifiestan una emoción negativa que es cólera por no recibir información adecuada y explicación sobre el estado de salud de su familiar, porque ellos esperan que el personal de salud sin distinción de quien sea le tiene que brindar información debido al desconocimiento de las normas del servicio, de ahí que sería importante informar a los familiares que ingresan a su paciente sobre la normatividad vigente y mantenerlos informados oportunamente sobre el estado de salud de su familiar.

#### **1.4. Sienten tristeza por familiar con pronóstico incierto.**

La hospitalización de un familiar está siempre acompañada de una gran movilización emocional de la familia como un todo y más de los familiares directos, verdaderos

dramas familiares son vivenciados generando en ellos nuevas y desconocidas vivencias, surgiendo así sentimientos negativos muy variados como la tristeza.

El sentimiento de tristeza es experimentado por los familiares ante la aparición de la enfermedad en cualquier miembro de su familia, muchas veces están al borde de la muerte.

Durante el desarrollo de las entrevistas se observó que mientras daban sus manifestaciones, a uno de los familiares le caían sus lágrimas por el rostro, hablaba pausadamente, mientras que otro manifestaba sus experiencias con la cabeza agachada y los ojos decaídos.

Esta tristeza se evidencia en los discursos siguientes:

*“No deseo a nadie estar en esta situación de tener a tu hijo al borde de la muerte, eso me da mucha tristeza, no tengo información, no puedo estar tranquila”.* **Tauro**

*“Siento mucha tristeza, no tengo información de su diagnóstico, porque acá está casi abandonada, si no es que yo voy a cada rato a reclamar que fuera de ella”.* **Acuario**

*“Es muy triste señorita, no le deseo a nadie. Ver a mi hijo así, con oxígeno, bajo un monitor, que no se pueda mover, pero lo miro y le doy una sonrisa, lo abrazo, le digo que lo queremos mucho”.* **Virgo**

Según un estudio de Moreira L. se encontró que existe déficit de aprendizaje y de informaciones acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados prestados al paciente internado en emergencia <sup>7</sup>.

De ahí que a menudo se justifiquen esos instantes de tristeza como el verdadero artesano del conocimiento, ahí donde aprendemos de nosotros mismos y de donde

salimos fortalecidos tras haber superado un proceso del cual hemos obtenido conocimiento para seguir adelante, para endurecer un poco más esa coraza que ofrece la vida y donde hemos de saber protegernos para responder.

La tristeza es un sentimiento básico del ser humano, junto con el miedo, la ira, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado, por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc <sup>37</sup>.

Ante este sentimiento generado por tener un familiar con un pronóstico incierto, por ello es necesario que dentro del cuidado que brinde la enfermera haga recordar la importancia de la fe y la esperanza en las creencias de los familiares que sustenta tanto para su salud como para su curación.

### **1.5. Sienten tranquilidad al ver recuperación de su familiar.**

En el momento de la hospitalización y el proceso de permanencia en el ambiente hospitalario la enfermera al realizar la acogida al familiar, permite que el encuentro se establezca y el diálogo ocurra.

El familiar del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia, se encontraban en el pasillo, experimentando tranquilidad por la recuperación de su familiar. Se evidencia en los siguientes discursos:

*“Además cuando estoy tranquila siento que mi cuerpo ya no me tiembla, puedo pensar mejor. Mi esposo inclusive está conversando y eso me da también tranquilidad y me hace feliz”.* **Libra**

“Ahora estoy más tranquila con todo lo que se me ha dicho, contenta con el personal que atendieron a mi hijo”. *Géminis*

La tranquilidad es sinónimo de calma, de plenitud, de regocijo, de comodidad y bienestar. Tranquilidad es sentirnos alegres con el momento que pasamos, es sentir que nuestra vida está en equilibrio y que todo está bien en nuestro interior y a nuestro alrededor. Sin embargo es difícil que la tranquilidad sea un estado permanente ya que existen situaciones que tienden a alterarla por ejemplo; enfermedades, pérdidas laborales o afectivas, accidentes, etcétera <sup>38</sup>.

El familiar manifiesta su tranquilidad al ver a su paciente recuperándose y recibir información adecuada de la enfermera sobre el cuidado que recibe.

El profesional de enfermería debe estar a la vanguardia, brindando un cuidado holístico y exclusivo al paciente y familiar, por lo que la enfermera debe incluir en su cuidado apoyo emocional, escucha activa, a los familiares porque así les transmite seguridad, tranquilidad y confianza en momentos de gran vulnerabilidad.

Por ello Watson refiere que el bienestar del familiar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios <sup>19</sup>

## **II. EXPRESANDO SENTIMIENTOS FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR**

Los sentimientos son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc. <sup>13</sup>.

Los sentimientos son experiencias mentales de los estados corporales. Los cambios en el estado del cuerpo causan reacciones fisiológicas automáticas y también sentimientos, como el hambre, la sed, el dolor o el miedo. Los cambios corporales se manifiestan topográficamente en el sistema nervioso central, específicamente en el tronco cerebral superior y la corteza cerebral <sup>39</sup>.

El tener un familiar hospitalizado ocasiona una alteración en el rol familiar, manifestándose a través de sentimientos muy variados. Es así que da lugar a las siguientes subcategorías:

### **2.1. Sienten impotencia por no poder hacer nada.**

Los familiares al ver en estado grave de salud que pone en riesgo su supervivencia y su calidad de vida de su paciente se muestra impotente, desesperado con muchas interrogantes sin saber qué hacer y muchas veces no pueden hacer nada.

Más que la carencia de poder, la impotencia es un sentimiento desagradable que se debe al desconsuelo que están sintiendo los familiares.

Esta impotencia se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“En realidad el esperar tanto tiempo da mucha impotencia. Porque tu vienes a este hospital para poder ver un tratamiento, pero es muy complicado, yo he llorado mucho por mi hijo”. Tauro*

*“Me siento muy sola, lloro, siento impotencia, porque veo a mi hija en esa cama, le hacen análisis, le toman tomografía, ecografías y no puedo hacer nada, estoy como si estuviera las manos atadas”. Aries*

*“Siento impotencia de ver a mi madre con mucho dolor, y no ser atendida; está sufriendo y eso me parte el corazón, me da ganas de llorar ante tanta indiferencia de los médicos y enfermeras que solo nos piden tengan paciencia y a veces ni contestan”. **Piscis***

*“Sentí una impotencia; porque no nos informaban nada y no podía hacer nada, quería ir a quejarlos, gritarles, pero soy una persona profesional que espere un tiempo prudente”. **Capricornio***

Impotencia es el sentimiento que nos produce aquellas situaciones en las que queremos conseguir algo y vemos que no lo alcanzamos. La sensación de impotencia iría de la mano de la sensación de poder; el poder que nos otorgamos para ir por aquello que nos parece interesante <sup>40</sup>.

En el presente estudio los entrevistados se sienten impotentes por la falta de poder hacer algo por su familiar, no tienen información, demora en la atención e indiferencia de los médicos y enfermeras.

Jaramillo M, Villena A, Tirado A; en su estudio encontraron que los familiares sintieron impotencia por la falta de poder para hacer algo por su familiar <sup>8</sup>.

La persona al afrontar el impacto de la hospitalización de un familiar como un proceso no predecible, genera desorganización y caos; como tal, es un cambio brusco y desequilibrante en el que los cuidados de los profesionales de enfermería y sus acciones son primordiales.

Watson refiere que se debe aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera debe estar preparada para los



sentimientos positivos y negativos de los familiares , porque el familiar al sentir impotencia por no poder hacer nada expresan muchas veces sentimientos negativos que la enfermera debe comprender su estado emocional y las reacciones que se derivan de la situación misma por la que están atravesando los familiares y aceptación de su comportamiento<sup>19</sup>.

### **III. EVIDENCIANDO REACCIONES FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN DE SU FAMILIAR.**

Las reacciones son conductas de respuestas a un estímulo, estas respuestas son de naturaleza dinámica y cambian conforme progresan las personas entre situaciones de la vida diaria.

Reacción se refiere a la acción que se genera a consecuencia de un estímulo, o bien la respuesta de una acción concreta. La reacción puede suceder de manera continua y originar una cadena de reacciones ante alguna situación <sup>41</sup>.

Esta categoría emerge de las siguientes subcategorías:

#### **3.1. Negando el Diagnóstico**

La negación se convierte en uno de los primeros mecanismos que permite al individuo rehusarse a admitir que existe un problema, empleando este mecanismo para rechazar los sentimientos dolorosos que conlleva la enfermedad, ya que el familiar (madre) desearía creer que el diagnóstico de leucemia de su hijo sea un error tal como se evidencia en los siguientes discursos:

*“Tengo fe en Dios, que no sea el cáncer que le diagnosticaron en Sullana no puedo soportar que pueda perder a mi hijo”. Cáncer*

*“Yo no quería creer que mi hija tenía leucemia, tenía esperanza de que haya una equivocación por eso era mi angustia para que lo atiendan”. Tauro*

Diversos autores que han estudiado la negación sobre todo en el ámbito de la terapia familiar, se refieren a ella en los siguientes términos: “Un modo de abordar erróneamente un problema reside en comportarse como si tal problema no existiera, es decir aplicar como solución la negación del problema”. De ello se derivan dos consecuencias: a) el reconocimiento del problema es considerado como manifestación de locura o maldad y b) el problema que exige cambio se complica crecientemente por los problemas creados por el erróneo modo de abordarlo”<sup>42</sup>.

Como se puede evidenciar en los discursos se hace referencia a la actitud de negación que tiene el familiar ante la presencia de esta enfermedad como es el cáncer. Pudiendo calificarse como un mecanismo de defensa, esperando que el diagnóstico sea un error manteniendo así una luz de esperanza que se apagaría cuando les reafirmen el diagnóstico.

Considerando que la enfermera, es la que pasa más tiempo con el paciente; es a ella a quién recurrirá el familiar en busca de apoyo, es donde debemos hacerles sentir que son muy importantes para su familiar y para las enfermeras.

### **3.2. Esperanza en Dios**

La vida de una persona generalmente se encuentra ligada ya sea cercana o ligeramente a la religión que profesan las personas que se aferran a su religión en estos momentos de crisis, angustia, más aún cuando se trata de la salud del ser amado, la esposa e hijo, es cuando más se acuerdan de Dios.

Las expresiones de fe de una persona pueden ser diversas, en el caso de los familiares entrevistados. La realización de estas expresiones de fe se debe a que traten de conseguir por todos los medios, que ellos conocen, que su familiar salga bien de todo este proceso de enfermedad ya que si la ciencia no puede salvarlos saben que la divinidad que significa para ellos la figura de Dios, lo hará.

Así también las observaciones de fe que se pudo rescatar de uno de los familiares cuidadores que mientras daban sus manifestaciones, cruzaba las manos, mirada hacia arriba y sus ojos se llenaban de lágrimas.

Es así que de alguna manera sienten que Dios es el único que puede ayudar tal como se evidencia en los siguientes discursos:

*“Estoy siempre orando, pidiéndole a Dios por favor que no sea leucemia, amo tanto a mi hijo y tiene toda una vida por delante que no quisiera que sea verdad”.* **Tauro**

*“Tengo la esperanza que mi madre pueda salvar su pierna y pido a Dios que la ayude”.* **Acuario**

*“Tengo la esperanza en que Dios me haga un milagro, que no sea el cáncer que le diagnosticaron en Sullana”.* **Cáncer**

*“Solo le pido a Dios que me ayude y me de fuerzas para seguir adelante y mejore a mi hija, sería un milagro y me sentiría muy contenta”.* **Aries**

*“No puedo resistir perder a mi hijo, no quiero ni pensar, con mi esposa conversamos, oramos, le pedimos a Dios, que mejore a nuestro hijo, él no se merece esto”.* **Virgo**

La esperanza es el deseo confiado de obtener un bien futuro que es difícil de obtener. Reconoce la dificultad pero no pierde la confianza de que lo deseado se va a obtener.

Por lo tanto, implica búsqueda y esfuerzo para vencer cualquier obstáculo. Además la esperanza no retrocede ante los sentimientos <sup>43</sup>.

La esperanza consta básicamente de dos elementos: el deseo de algo bueno y el fundamento para creer que ese algo bueno no vendrá <sup>44</sup>.

Para Watson, el ser trasciende en la naturaleza. La dimensión espiritual hace referencia a la esencia, al yo interior y a la trascendencia del ser. El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida, se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción <sup>19</sup>.

De acuerdo a lo analizado las investigadoras reconocen que los familiares tienen alguna religión que profesan y es en ella en donde ponen sus esperanzas, rezando y pidiendo por la pronta recuperación, que no sea un mal diagnóstico.

Jaramillo M., Villena A., Tirado A.: al respecto encontraron que los familiares experimentan sentimientos de esperanza en Dios, ambivalencia ante la fe <sup>8</sup>.

La enfermera sabedora de esto, tiene que infundir fe, esperanza y confianza, a los familiares que necesitan para poder tener una adecuada capacidad de afrontamiento y adaptación del familiar frente a las situaciones por las cuales está pasando.

### **3.3. Agradeciendo al personal**

El profesional de enfermería y profesional médico permanecen en contacto continuo con el paciente y familiar al principio y final de la vida, estableciéndose una relación mutua entre los pacientes y sus familiares quienes esperan encontrar en este equipo

de salud: el apoyo y la comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros, relacionados con los confines de la vida <sup>45</sup>.

Mientras se daba la entrevista se observaba un cambio en el rostro de los familiares se mostraban tranquilos, reflejaban esperanza, confianza hacia el personal de salud, a pesar del difícil momento que están pasando.

Es importante entonces destacar como los familiares valoraron la información que les brindó el personal de salud en los siguientes discursos:

*“Me he encontrado en este servicio con unas licenciadas muy amables, cariñosas y siempre nos están ayudando e informando. Estoy muy contento, nos dan una voz de aliento, y estoy profundamente agradecido y feliz”.* **Virgo**

*“Estoy muy agradecido por la atención que se le pudo brindar a mi papá en su momento”.* **Capricornio**

*“Tengo la suerte de haberme encontrado con algunas enfermeras que me informan que le van a hacer, como van sus resultados y estoy muy agradecida con ellas”.*

**Cáncer**

*“Hay enfermeras que son muy amables, te saludan, te sonríen, se acercan y dicen que tenga un poco de paciencia, que todo va a salir bien. Les doy gracias a ellas, porque me dan esperanzas”.* **Aries**

Gratitud es el sentimiento que experimenta una persona al estimar un favor o beneficio que alguien le ha concedido. Al sentir gratitud, el sujeto desea corresponder el mencionado favor de alguna manera. El sentimiento de gratitud está vinculado al agradecimiento, que es la acción y efecto de agradecer. Por lo tanto, el individuo que

siente gratitud desea agradecer el beneficio recibido. Este agradecimiento puede expresarse de diversas formas, desde una simple manifestación verbal o una nota escrita, hasta un regalo material <sup>46</sup>.

Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión<sup>19</sup>. Por tanto, se considera que los familiares atraviesan por difíciles momentos, pero es ahí donde el personal de salud con su trabajo y dedicación se gana el respeto, agradecimiento y confianza de ellos.

## **CAPÍTULO IV**

## **Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones**

### **4.1. Conclusiones**

- Los familiares que tienen a un paciente hospitalizado en el servicio de emergencia, manifiestan diversas emociones negativas como la angustia por demora en la atención, miedo por lo que le pueda suceder, cólera por no recibir información oportuna, tristeza, de ver a su familiar hospitalizado, y emoción positiva como tranquilidad al ver recuperación de su familiar.
- Los familiares expresaron sentimiento negativo como impotencia por no poder hacer nada.
- Se evidenció reacciones negativas como la negación al diagnóstico, ante la enfermedad de su familiar, pero también reacciones positivas como esperanza en Dios y agradecimiento al personal.
- La enfermera debe desarrollar competencias en el área humanística, comunicación empática y trato humanizado e individualizado, en los momentos en que los pacientes y familiares demanden de los servicios de salud.



## **4.2. Recomendaciones**

### **Al Equipo De Salud**

- Procurar una comunicación empática con los familiares.
- Favorecer su adaptación a la situación difícil que están enfrentando.
- Brindar información adecuada y oportuna a los familiares.

### **A las Enfermeras:**

- Continuar brindando cuidado humanizado a la persona hospitalizada y familia.
- Buscar momentos para informar a los familiares acerca de su paciente.
- La enfermera debe incluir apoyo emocional, escucha activa a los familiares porque así les transmite seguridad y confianza en momentos de gran vulnerabilidad.

### **A la Jefa de Enfermeras:**

- De a conocer a las autoridades del hospital la falta de personal de enfermería dada la alta demanda de paciente en el servicio de emergencia; motivo que hace difícil que las enfermeras brinden un cuidado holístico, humanizado tanto al paciente como al familiar.
- Coordinar con el equipo de enfermería para brindar información oportuna a los familiares y así minimizar que desarrollen emociones negativas frente a la hospitalización de su paciente.
- Promover capacitaciones sobre participación del familiar en el cuidado del paciente.

### **A los Investigadores:**

- Para que continúen con estudios de investigación en temas referentes al estudio realizado. Teniendo en cuenta que en nuestro medio, existe escasos estudios de tipo cualitativo que permita comprender estas vivencias; así favorecer a brindar un cuidado de calidad, además de beneficiar al ámbito académico y social.
- La presente investigación debe ser difundida en el servicio en que se realizó el estudio para analizar y reflexionar sobre los resultados y establecer estrategias para una atención humanizada tanto al paciente como al familiar.
- Publicación del artículo científico.

## Referencias Bibliográficas

1. Torrents R, Torras E, Saucedo M, Surroca L, Jover C. Impacto de los familiares del paciente crítico: Ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*.2003 [Acceso 09 de Octubre 2017]; 14(2):49-60. Disponible en: [file:///D:/Users/user/Downloads/S1130239903781140\\_S300\\_es.pdf](file:///D:/Users/user/Downloads/S1130239903781140_S300_es.pdf)
2. Rodríguez M., Rodríguez F, Roncero del Pino A, Morgado M, Theodor J, Flores L, et. al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva* .2003 [Acceso20 de enero 2018]; 14(03):96-108.Disponible en: [www.elsevier.es >es-revista-enfermeria](http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria).
3. Delgado K, Mejía M. Aplicación de la simulación discreta para proponer mejoras en los procesos de atención en el área de emergencia de un hospital público. *Revista de la Facultad de Ingeniería Industrial, UNMSM* [Internet].2011[Acceso 26 de setiembre 2017];14(1):47-54. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/view/6209>
4. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Oficina de Estadística e Informática. Principales causas de Morbilidad general del servicio de emergencia hasta Junio 2018. Disponible en: [www.hndac.gob.pe/web/emergencia.html](http://www.hndac.gob.pe/web/emergencia.html).
5. Vásquez-Alva Rolando, Amado-Tineo José, Ramírez-Calderón Fanny, Velásquez-Velásquez Rafael, Huari-Pastrana Roberto. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An. Fac. med.* [Internet]. 2016 Oct [Citado 2016 Oct 13] ; 77( 4 ): 379-385. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es).

6. Libro de Registro de Pacientes que Ingresan al Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Essalud. Chiclayo; 2018.
7. Moreira L, Moura T, de Sena M, Soares E, Afio J. Intennacaoempresarial De Emergencia Hospitalar: Vivencia. Cogitare Enfermagem. 2010 [ acceso 06 Junio 2017] Disponible en : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649271019>>issn1414-8536
8. Jaramillo M, Villena A, Tirado A. “Vivencias de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Essalud.” [Tesis Post Grado]. Chiclayo; 2011.
9. Bermuy M, Uriarte S, Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad. Unidad de Shock Trauma. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Tesis Post Grado]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo; 2014
10. Díaz R. El hombre y sus “Vivencias “[Acceso 18 DE Junio 2017] Disponible en: <https://diazolguinwordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>
11. Husserl E. Ideas Relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
12. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona –España: ELSEVIER; 2009.
13. Yankovic, B. Emociones, sentimientos y afecto: El desarrollo Emocional. México: Setiembre 2011 [Acceso 03 de Octubre 2017] Disponible en:

<https://servicio-de-asesoria-escolar.webnode.com.co/news/emociones-sentimientos-afecto-el-desarrollo-emocional/>

14. Zaccagnini M. El miedo cómo nace y cómo se trasciende. Escuela Española de desarrollo Transpersonal. 2010-2011. [ Acceso 04 de Junio 2017]. Disponible en: [http:// es.slideshare.net/Estrella Cosmoecologa /el-miedo-y como trascenderlo](http://es.slideshare.net/EstrellaCosmoecologa/el-miedo-y-como-trascenderlo)
15. Siverio M. La tristeza, análisis y propuestas educativas. [Tesis doctoral ]. La laguna: Universidad de la laguna .España,2002. [Acceso 02 de Agosto 2017]. Disponible en: // [Tesis.bbthull.es/ccssyhum/cs124.pdf](http://Tesis.bbthull.es/ccssyhum/cs124.pdf).
16. Clavijo A. Crisis, familia y Psicoterapia. La habana: Ciencia médica; 2011.
17. .Kozier B. Fundamentos de enfermería. España: PRENTICE-HALL; 2008.
18. Urden L, Lough M, Stacy K. Cuidados Intensivos en Enfermería. España: Harcourt /océano; 2005.
19. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. España: ELSEVIER; 2011.
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los servicios de emergencia. NT N°042 MINSA/DGSP-V.01 2007. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>.
21. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Secretaria general de la OMS; 2015. [Acceso 0 3 de Julio 2017] Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets](http://www.who.int/mediacentre/factsheets).
22. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Harrison J. Principios de Medicina Interna. II. México:Mc Grau Hill Interamericana; 2005.

23. Jimenez L, Murillo F, Pérez M. Medicina de Urgencias y Emergencias. España: ELSEVIER; 2008.
24. Flemming A, Ruschulte F. Medicina de Urgencias. España: Médica Panamericana; 2008.
25. Taylor S y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A; 2000. Disponible en: <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/Taylor-sj-bogdan-r-metodología-cualitativa.pdf>
26. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2002.
27. Ludke M, André A. Investigación en Educación: Abordaje cualitativo. Sao Paulo: 1998.
28. Iñiguez L Métodos cualitativos de Investigación en Ciencias Sociales. El Análisis de la Información. Universidad de Guadalajara. 2008. Disponible en: [file:///D:/Users/ARANDA/Downloads/Analisis%20de%20la%20informacion%20\(3\).](file:///D:/Users/ARANDA/Downloads/Analisis%20de%20la%20informacion%20(3).)
29. Pérez J y Gardey A. Definición de vivencia. Publicado .2015. Actualizado: 2016. [Acceso 08 de Noviembre 2017]. Disponible en: <https://definición.de/vivencia/>
30. Actualizado:2012. [Acceso 02 de Setiembre 2017]. Disponible en: <https://definición.de/emoción/>
31. Pérez J y Merino M. Definición de: Definición de angustia. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. [Acceso 07 de Junio 2017] Disponible en: <https://definición.de/angustia/>.

32. Chero J, Tello C. Cuidado al paciente que ingresa a emergencia de un hospital público: La vivencia del familiar acompañante. Nuevo Chimbote. [Tesis Doctoral] Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana. Repositorio Digital; 2013. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/12346789/11186>
33. Arruda M, Alvarez A, Gonzales L. El familiar cuidador de portador de enfermedad de Alzheimer participante de un grupo de ayuda mutua. Departamento de enfermería de universidad federal de santa Catarina. Cienc. Cuid Saude: Julio/Set 2008. [Acceso 08 de Enero 2018]: 7(3): 339-45. DOI: [http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.U7 i 3,6505](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.U7i3.6505)
34. Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. España: Harcourt Brauce; 2002.
35. Jhonson B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Vol. II. España: Mc. Graw Hill Interamericana; 2001.
36. Sabater V. Cuando la tristeza invade nuestro cerebro.2014. [Acceso 14 de setiembre 2017]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/cuando-la-tristeza-invade-nuestro-cerebro/>
37. Giraldo K. Tranquilidad. Valor personal. Plenitud Psicológica. [Acceso 08 de Marzo2018] Disponible en: <https://www.Kathegiraldo.com/tranquilidad/>
38. Carvalho D. Bases biológicas de los sentimientos. Nature Reviews Neuroscience. 2013 Feb [Acceso 14 Mayo 2018]:14 (2): 143-152. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=87009>

39. Sánchez M. Educando Emociones: “La impotencia emocional”. Publicado 28 de febrero 2015. [Acceso 04 de febrero 2018] Disponible en: <https://marsanchezpsicologa.com/.../educando-emociones-laimpotencia-emocional/>.
40. Significado de Reacción - Qué es, Concepto y Definición - Significados. Publicado el 17 de Abril 2017. [Acceso 04 de Diciembre 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/reaccion/>
41. Watzlawick, P, Weakland, J, y Fisch, R. Cambio, Formación y Solución de los Problemas Humanos. Barcelona: Herder, S.A.1992. [Acceso 12 de Diciembre 2017] Disponible en: [http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob\\_ee384c\\_watzlawick-paul-cambio-formacion-y.PDF](http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob_ee384c_watzlawick-paul-cambio-formacion-y.PDF)
42. Esperanza - Corazones.org. [Acceso 10 de Setiembre 2017]. Disponible en: <http://www.corazones.org/diccionario/esperanza.htm>
43. ¿Dónde hallar verdadera esperanza? — Biblioteca en Línea. [Acceso 30 Octubre 2017] Disponible en: <https://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102004284>
44. Carmona Z., Bracho de López C. La muerte, el duelo y el equipo de Salud. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2008. Rev. de Salud Pública; 2(2):14-23. Disponible en: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08\\_2\\_05\\_art2\\_carmona.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf)
45. Pérez J y Gardey A. Definición de: Definición de agradecimiento. Publicado: 2015. Actualizado: 2017. [Acceso 30 de Octubre 2017] Disponible en: <https://www.definiciónabc.com/>



# **Anexos**

## ANEXOS N° 01



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”



FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSTGRADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, -----, abajo firmante, declaro que acepto participar en la investigación: “Vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo 2017”, siendo realizada por las licenciadas de enfermería Liliana Gissela Mendoza Quiñones y licenciada en enfermería Ana Miriam Saucedo Ordoñez. El objetivo: es comprender las vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia.

Acepto participar de las entrevistas Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con las investigadoras. Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Lambayeque, Setiembre de 2017

---

**FIRMA DEL INFORMANTE**

---

**FIRMA DE LA INVESTIGADORA**



## ANEXOS N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSTGRADO



### ENTREVISTA

La presente entrevista tiene como objetivo comprender las Vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo. 2017”

#### **I.- Datos Generales:**

N° Entrevista.....

Fecha de entrevista-----

Seudónimo.....

Edad:.....

Sexo: .....

Relación de Parentesco:.....

Lugar de Procedencia:.....

Grado de instrucción.....

#### **II.- Pregunta Orientadora:**

1. Relátame Ud. ¿Qué vivencias experimento usted cuando hospitalizaron a su familiar en el servicio de emergencia?

**GRACIAS**